

ABSORB : PRETS ? PARTEZ !



ABSORB / PRETS ? PARTEZ !

QUELS BENEFICES POUR MES PATIENTS ??

Considerations techniques a court terme

Considerations a long terme

CONSIDERATIONS TECHNIQUES A COURT TERME

Ne pas faire : lésions calcifiées et bifurcations >2.5

Conformabilité

Ostia

Mauvais aval

Allergies (!)

Impact de la post dilatation

NE PAS FAIRE : LESIONS CALCIFIEES

MR GR...43 ans

IDM inferieur sur occlusion CX ; FV choquée

ACT CX I et II en phase aigue avec 3 stents ; FEVG conservée

Deuxième temps à J3 sur IVA I (longue lésion) et IVA II/III



PROCEDURE

Radiale droite

Prédilatations IVA I et II ballon semicompliant 2.5/20 à 18 bars puis non compliant 3.0/20 à 20 bars

Contrôle :

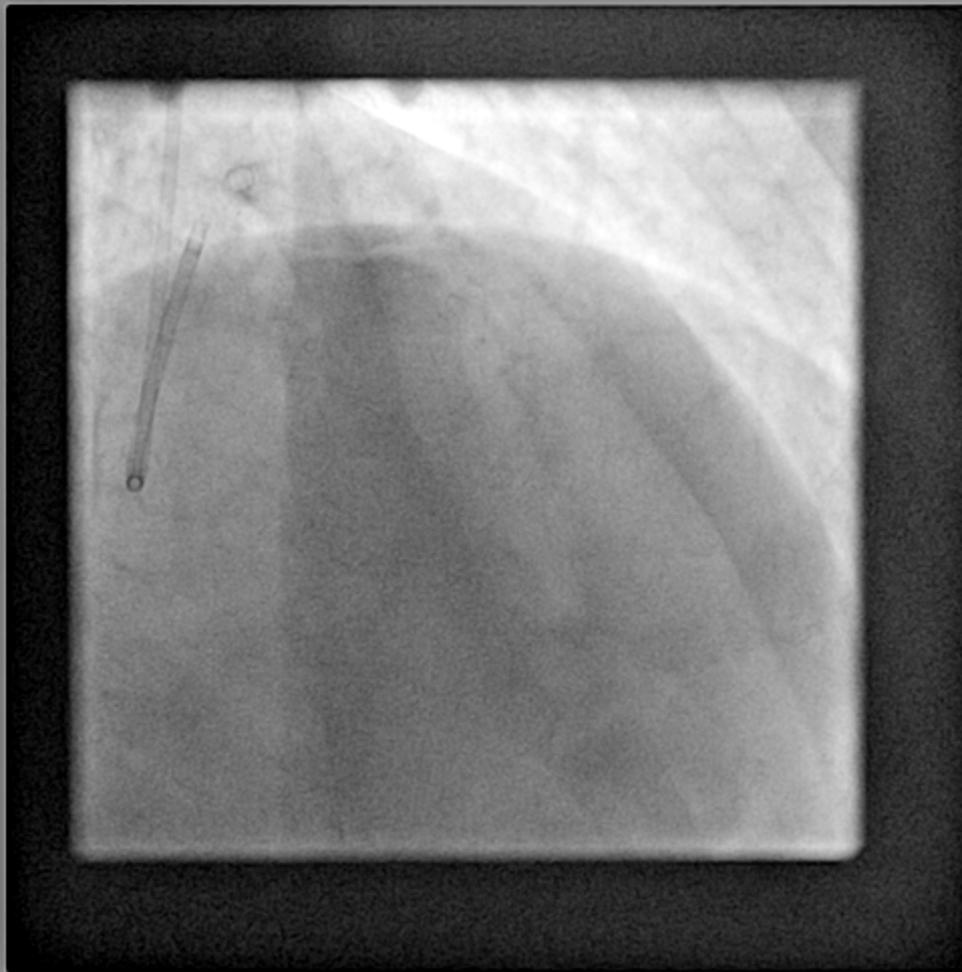


PROCEDURE (suite)

Stent ABSORB 3.5/28 IVA I a 16 bars puis ABSORB 3.0/28 IVA I à 16 bars

Postdilatation IVA II au ballon NC 3.25/15 à 20 bars

Resultat angiographiquement médiocre sur l'IVA II/III....



CONFORMABILITE

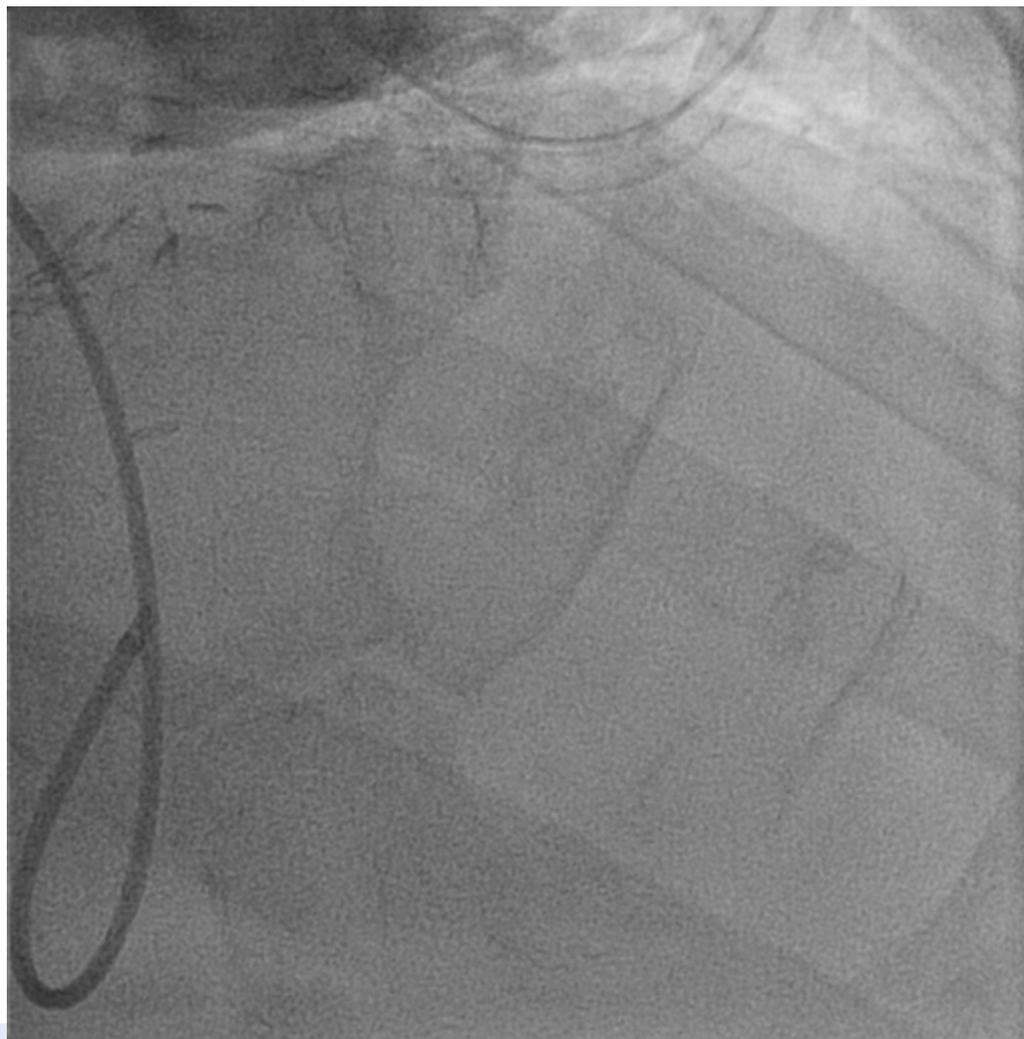
Notre premier cas : 14/02/2013

Mr Du.... 72 ans

Dyslipidémique, surpoids

Angor d'effort aggravatif ; test d'effort litigieux

Coro : lésion IVA excentrée, dans une coudure inhabituelle ; controle IVUS : sonde occlusive



PROCEDURE

Prédilatation ballon semicompliant 3.0/15 a 20 bars

Stents ABSORB 3.5/28 à 16 bars

Postdilatation ballon NC 4.0/12 à 12 bars

Contrôle angio immédiat et coroscanner a 3 ans ...



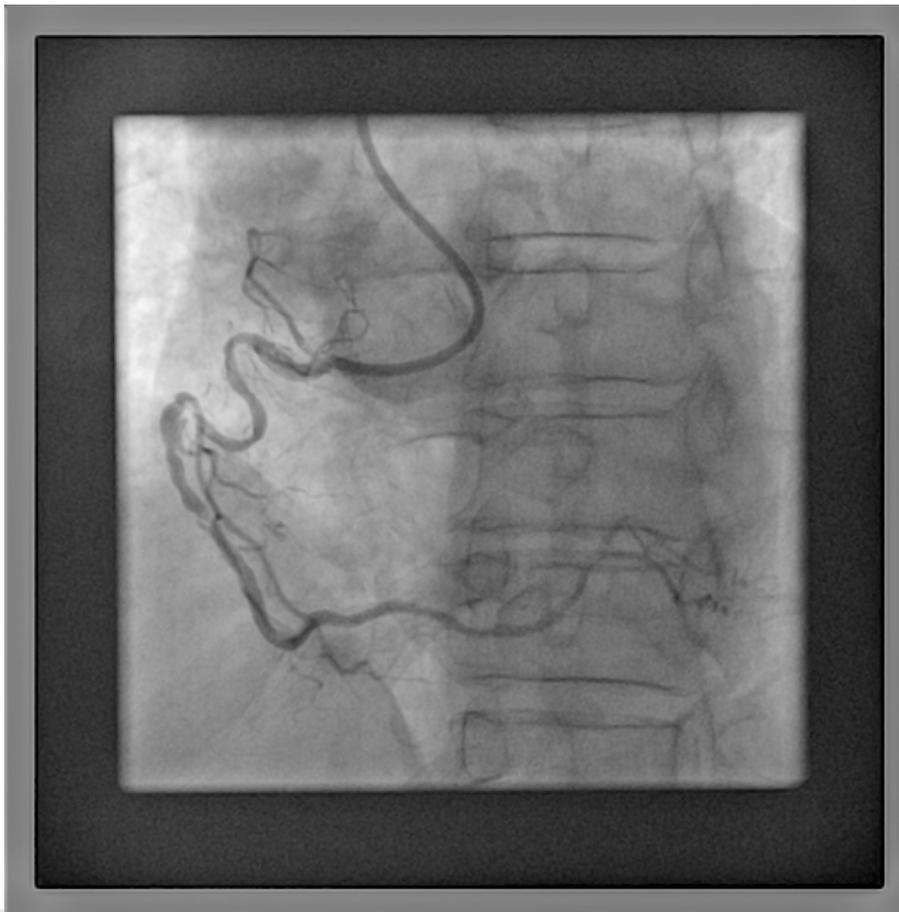
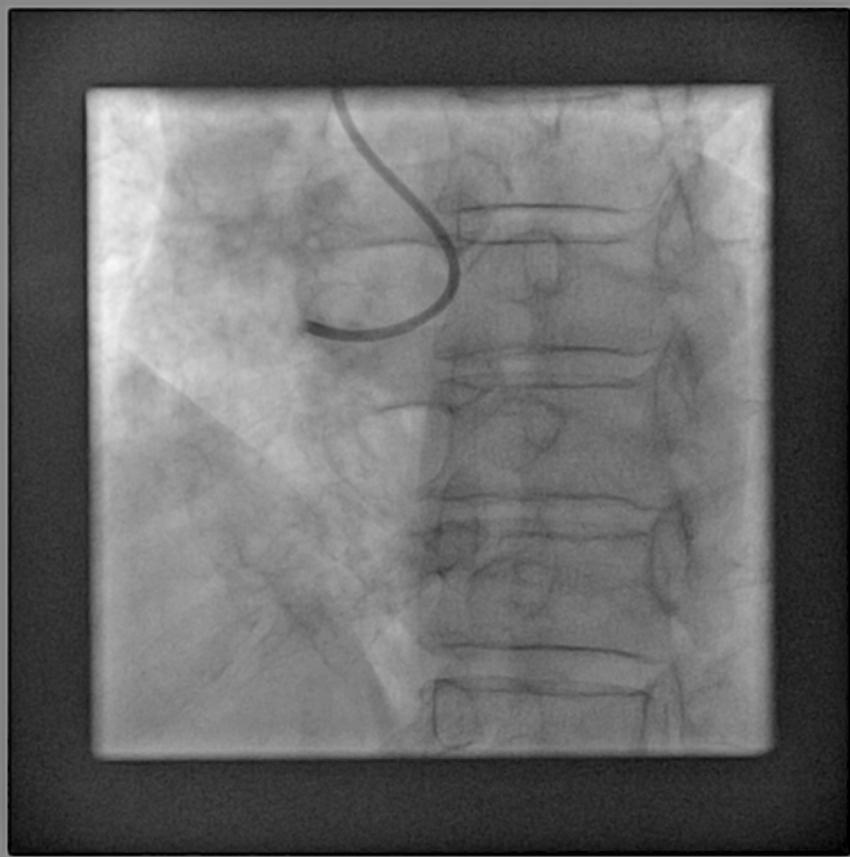
CONFORMABILITE / COUDURES COMPLEXES

Mr LA....67 ans

Angor aggravatif

Lésions bitronculaires IVA I/II et CD I/II ; deux ABSORB IVA « ad hoc »

CD complexe deuxième temps



PROCEDURE

Sonde avec appui : 3DRight +++ puis Guide Liner

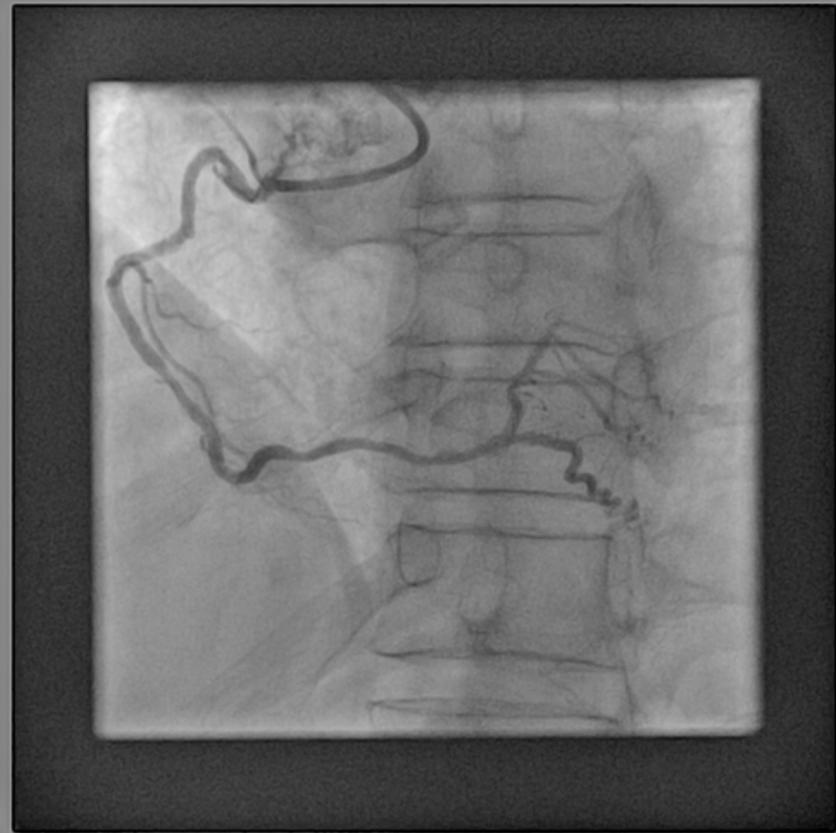
Guide 0.014 Choice floppy

Ballon OTW 2.0/20 CDIII et échange pour un guide support 0.014

Prédilatation ballons 2.5 semicompliants 2.5/20 puis 2.75/20 CDII à 20 bars

ABSORB GT1 couture distale CDII 2.5/18 et couture proximale CDI/II 2.5/28

Postdilations ballon NC 2.75/15 a 20 bars

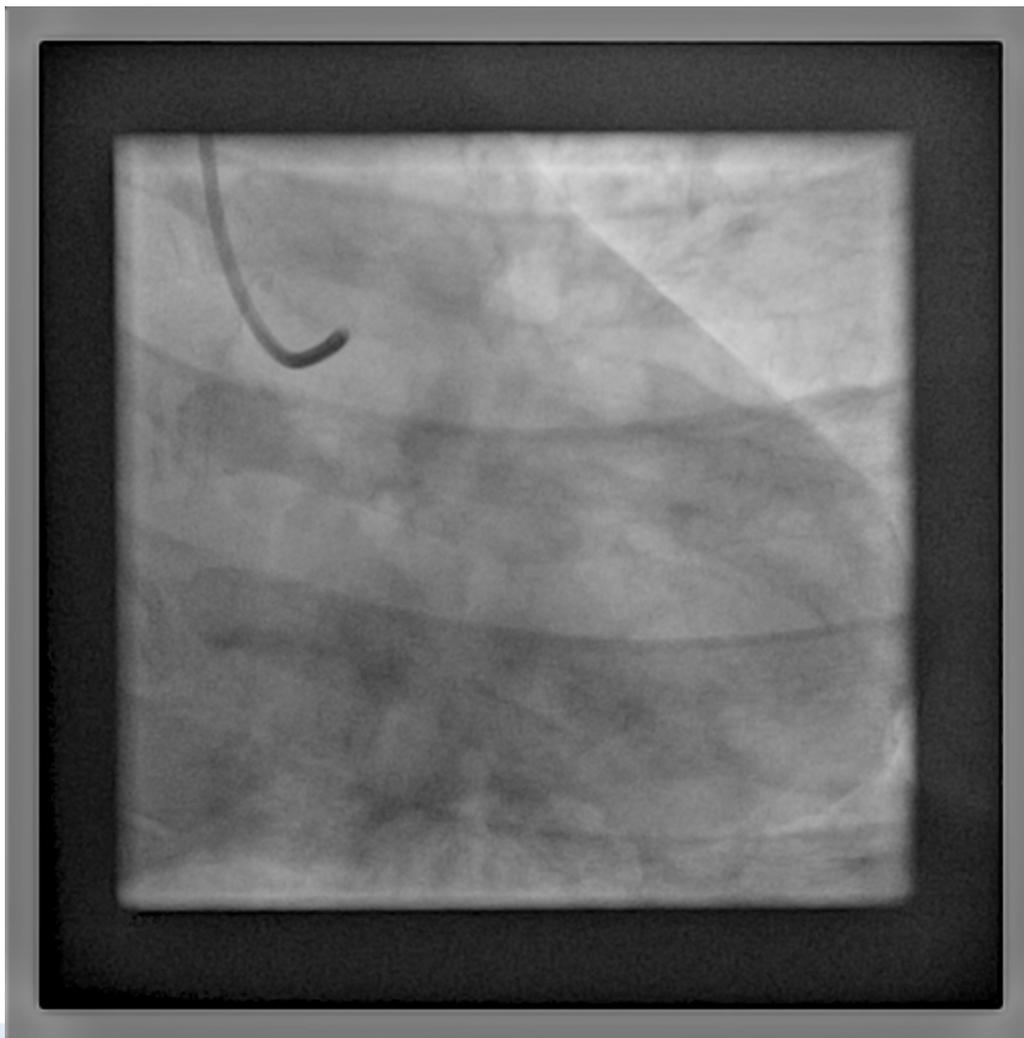


TRAITEMENT DES LESIONS OSTIALES

MR YE... 50 ans

Angor instable

Élévation significative de la troponine et trouble de la cinétique VG/septum a l'écho



PROCEDURE

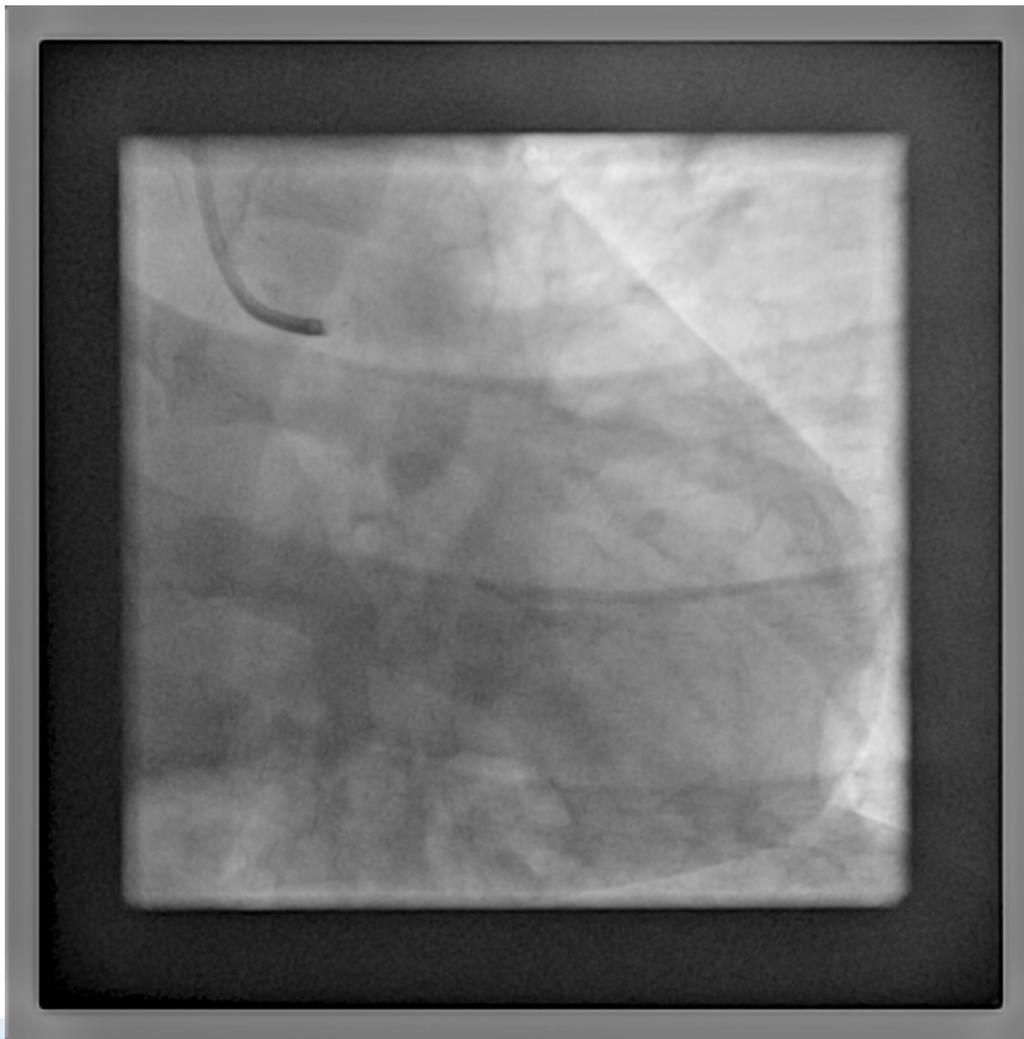
Deux guides 00.014 : IVA et Circonflexe

Prédilatation IVA ballon semicompliant 3.5/12 à bars

Stent ABSORB 3.5/18 IVA ostiale à 16 bars avec le ballon 3.5 précédent non inflaté dans l'ostium
CX

Post dilatation ballon NC 4.0/15 à 14 bars

Nota : attention au risque de déplacement au debut de l'inflation surtout en abord radial droit si le patient inspire brutalement !!



RENDRE PONTABLE UN MAUVAIS AVAL ???

Pas pour faire l'anastomose d'un éventuel pontage sur le BVS !

Mais pour permettre un bon flux d'aval

BVS/DES idem ? BVS plus élégant ?

Se rappeler que mauvais aval égale souvent petit diamètre....

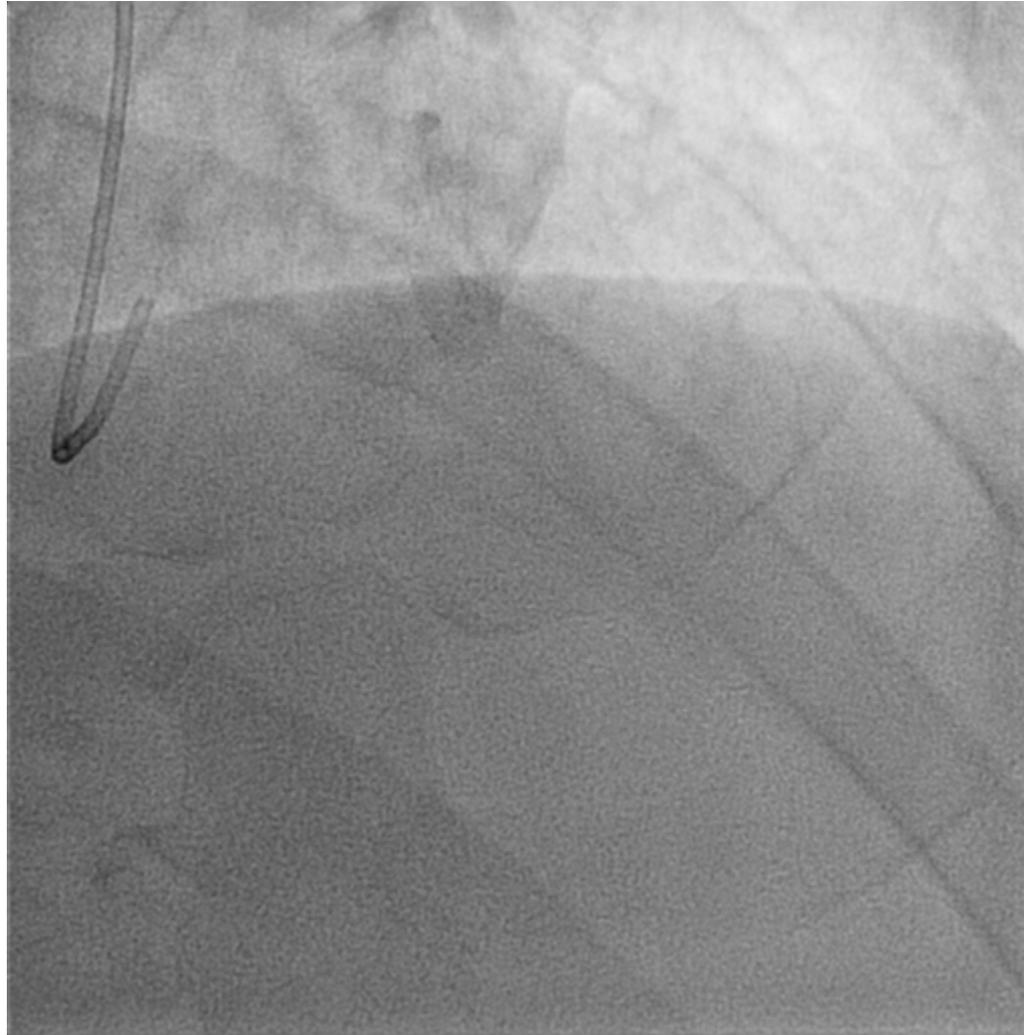
RENDRE PONTABLE UN MAUVAIS AVAL ???

Mr De.... 60 ans

SCA troponine plus ST moins

Bitronculaire CX/IVA ; lésion critique sur la CX dilatée ad hoc/ coronaro

« Pontabilité » IVA ??



PROCEDURE IVA

Prédilatation IVA III avec ballon semicompliant 2.0/20 à 20 bars puis ABSORB 2.5 /23 à 15 bars

Stenting DES long IVA ostiale et proximale : stent sirolimus 2.75/48....

Résultat immédiat et a 18 mois (contrôle pour scinti positive en latéral ; redilatation circonflexe)



ALLERGIQUES AUX METAUX

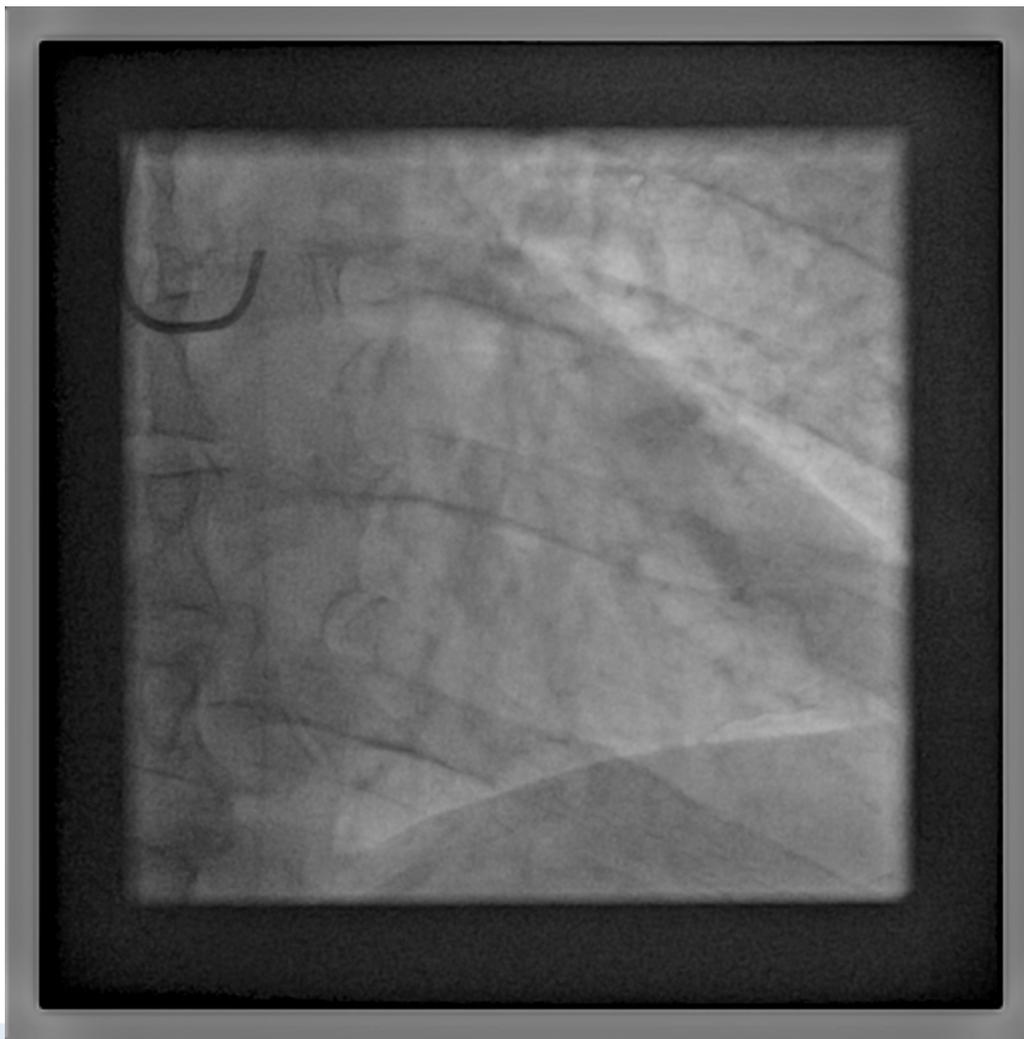
Mr PO... 48 ans

Ingénieur

SCA ST + en inférieur, spontanément résolutif

Sur la table : « j'avais oublié de le dire, mais je suis allergique a un métal et je ne me rappelle plus si c'est au Chrome ou au Cobalt » !!!!!

Réponse « Hakuna matata » (pas de problème) !!



PROCEDURE

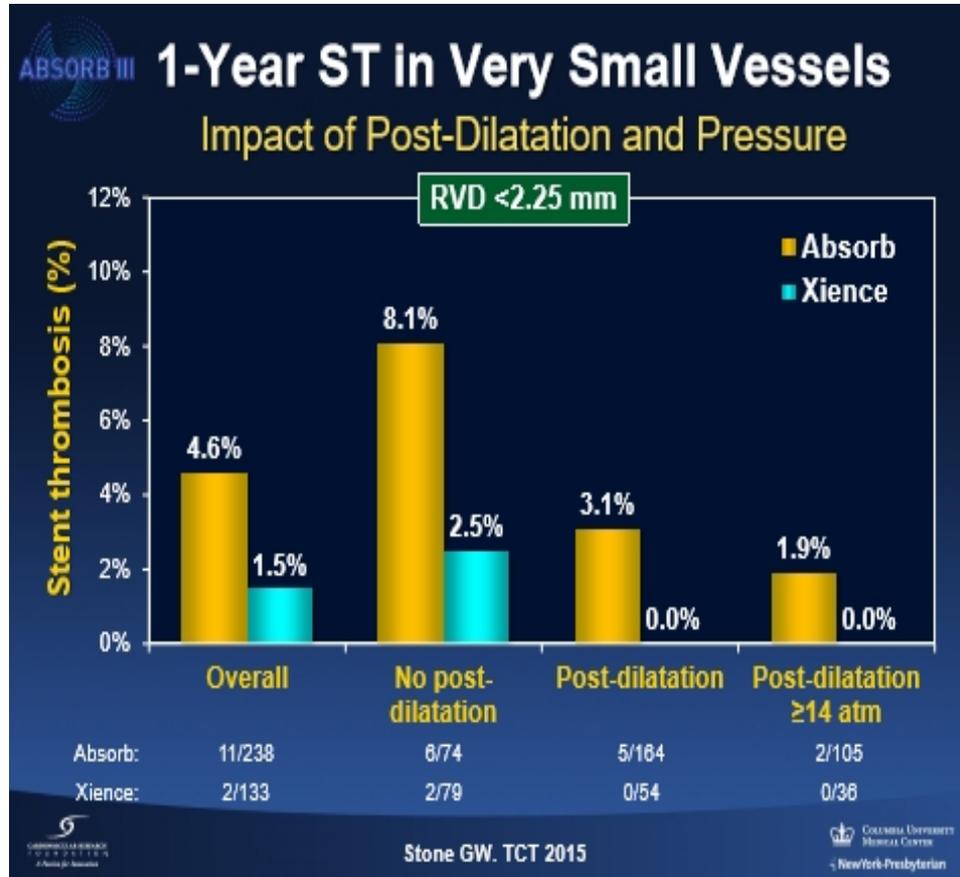
Prédilatation CX au ballon semicompliant 3.5/12 à 20 bars

Stent ABSORB 3.5/12 a 18 bars

Postdilatation au ballon semicompliant 4.0/10 a 18 bars



IMPACT DE LA POSTDILATATION



CONSIDERATIONS A LONG TERME : INTERET DU STENT RESORBABLE

Amélioration de la physiologie artérielle par la suppression de l'«encagement »?

Suppression des malappositions tardives et du risque de thromboses tardives subsequent?

Limitation du neoatherome tardif?

PHYSIOLOGIE

Pas d'expérience de méthergin tardif !

Moins d'angor ???

Coroscaner du patient numéro 1 à 3 ans :



MALAPPOSITIONS

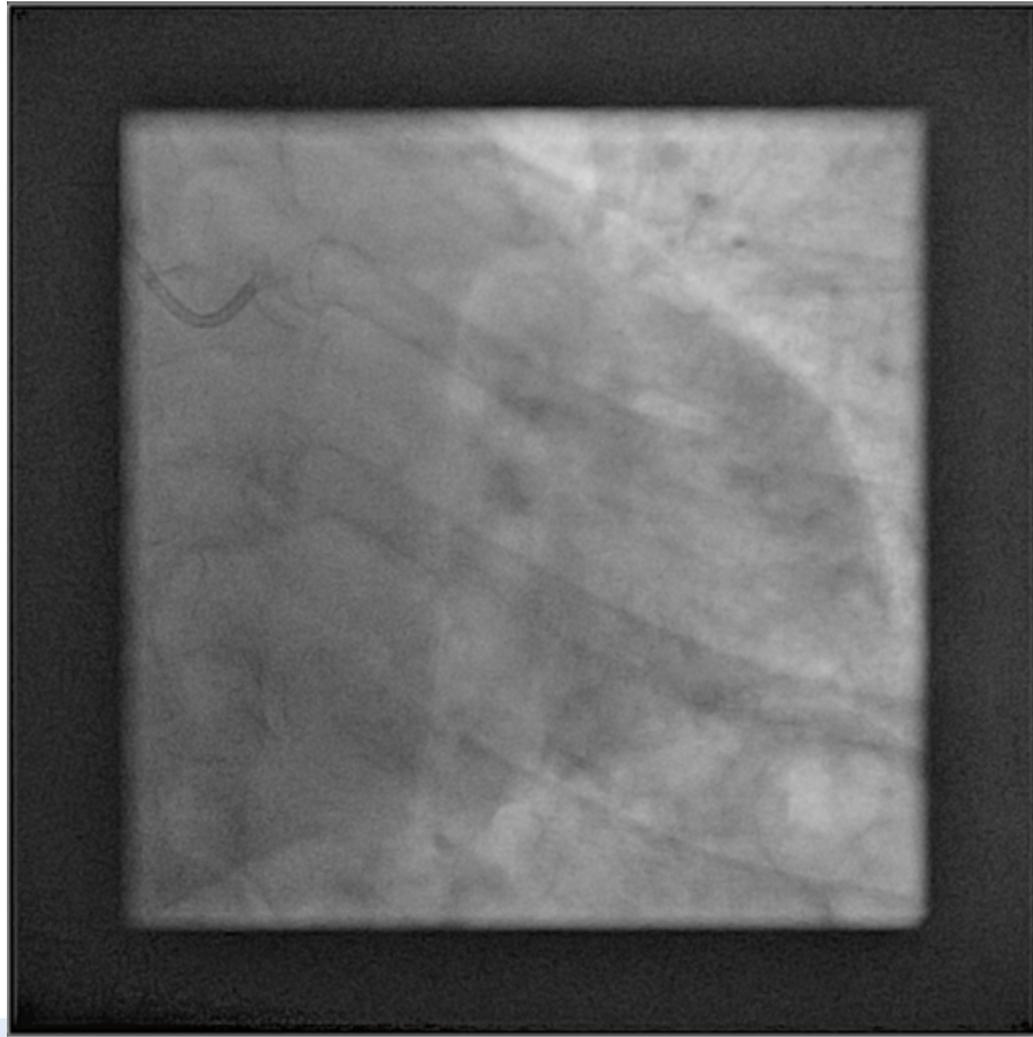
Mme AG...70 ans

Diabétique, immigrée première génération

Angor d'effort ; stress test positif en antérieur et inférieur

Bitronculaire CD et IVA

2 BVS sur CDII avec bon résultat ; lésions longue de l'IVA I évaluée a 50/70%

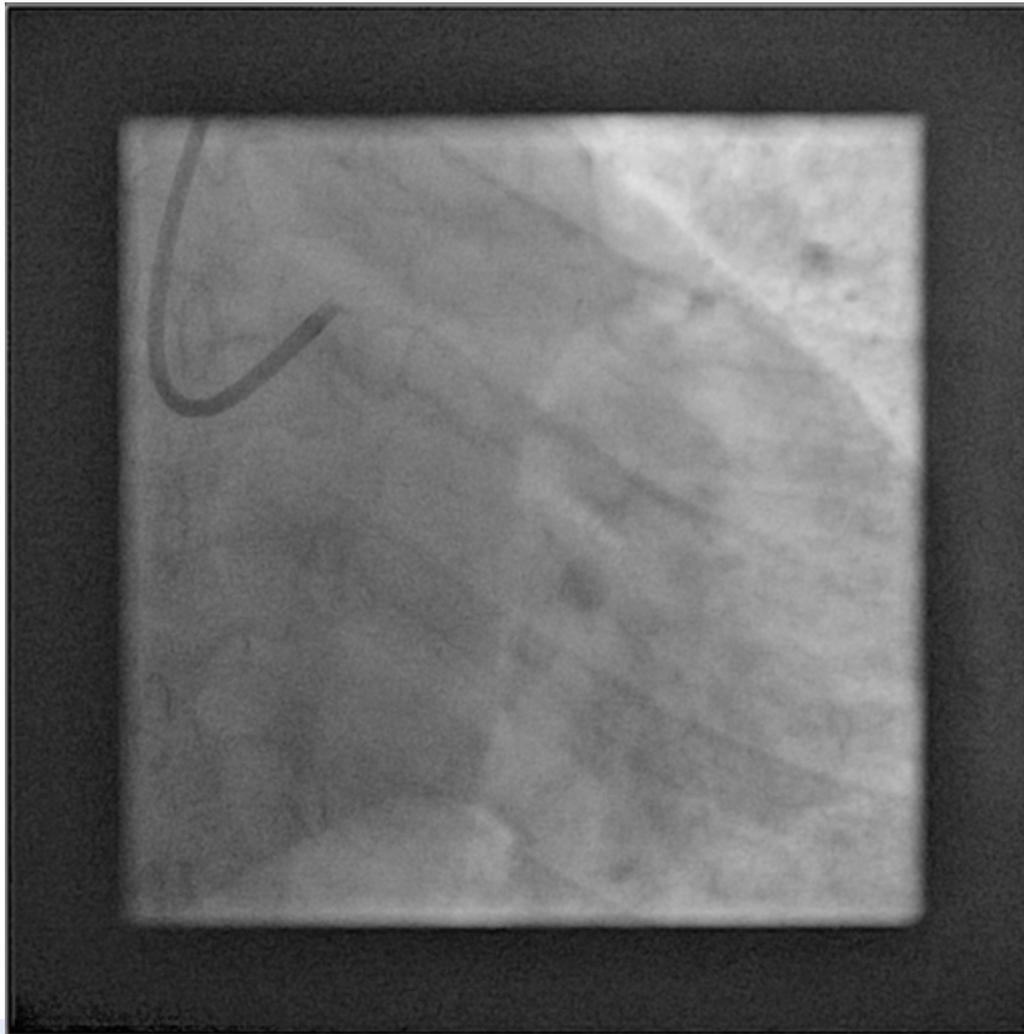


PROCEDURE D ANGIOPLASTIE IVA

Predilatation BALLON NC 3.5/15 à 20 bars

Stent ABSORB 3.5/28 à 18 bars (« test au ballon OK : pas de postdilatation)

Contrôle final :



Mme AG... EVOLUTION A DEUX ANS

Asymptomatique

Echo de stress négative

Prise médicamenteuse aléatoire

Coroscaner : IVA 4.7mm... durdilatation initiale? Dissection méconnue cicatrisée?
remodelage positif ?

Plutôt satisfait de ne pas avoir de maille métallique flottante ...

LAD

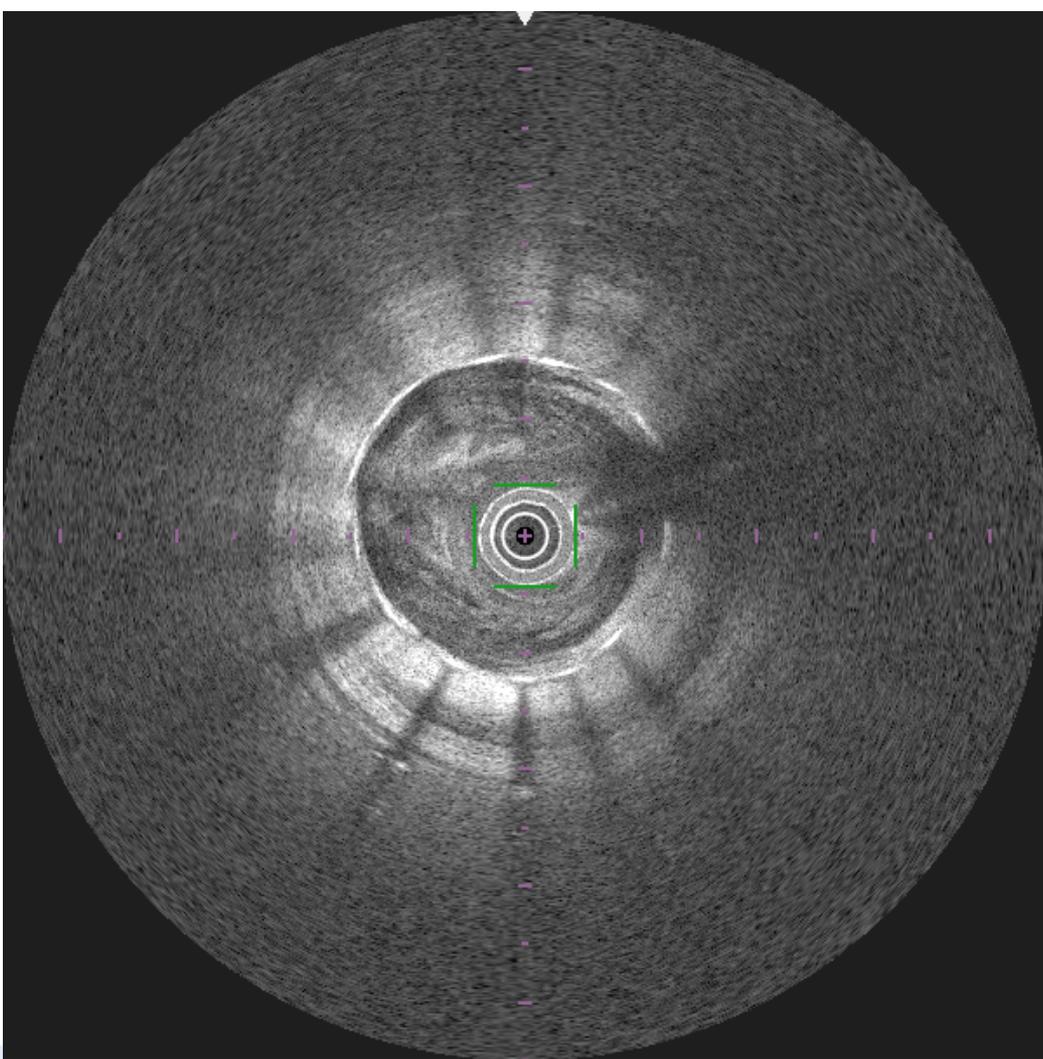
coroscanner



NON DESTINÉ À L'USAGE MÉDICAL

Zoom : 82%
Im : 1/1 Series: 1019
Non compressé

05/04/2016 12:48:56
Made In Ostrix



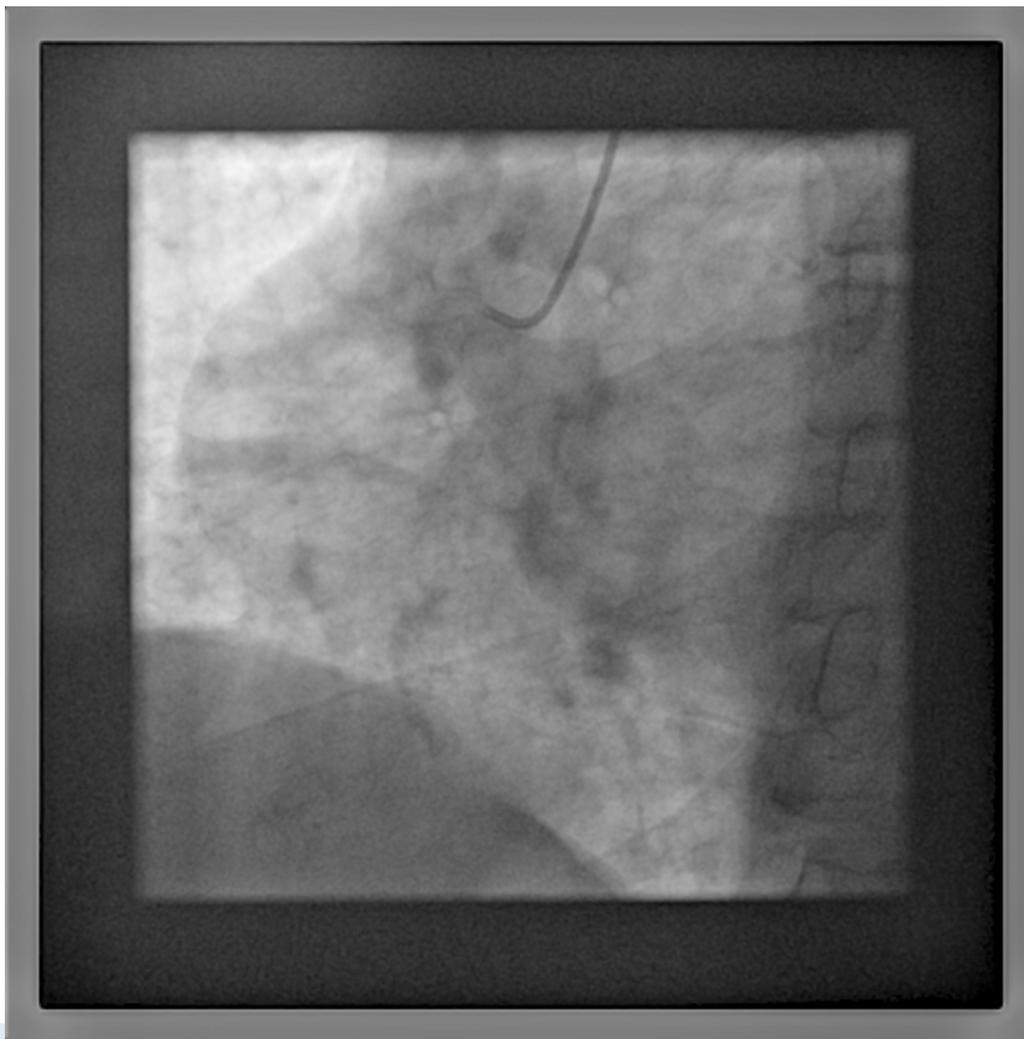
NEOATHEROME

Mr VU... 64ans ; diabétique non IR

Stent nu CD I 1991 ; lésion monotronculaire

2015 : angor recurrent

Coronarographie : resténose in stent CDI ; réseau coronaire non évolutif par ailleurs

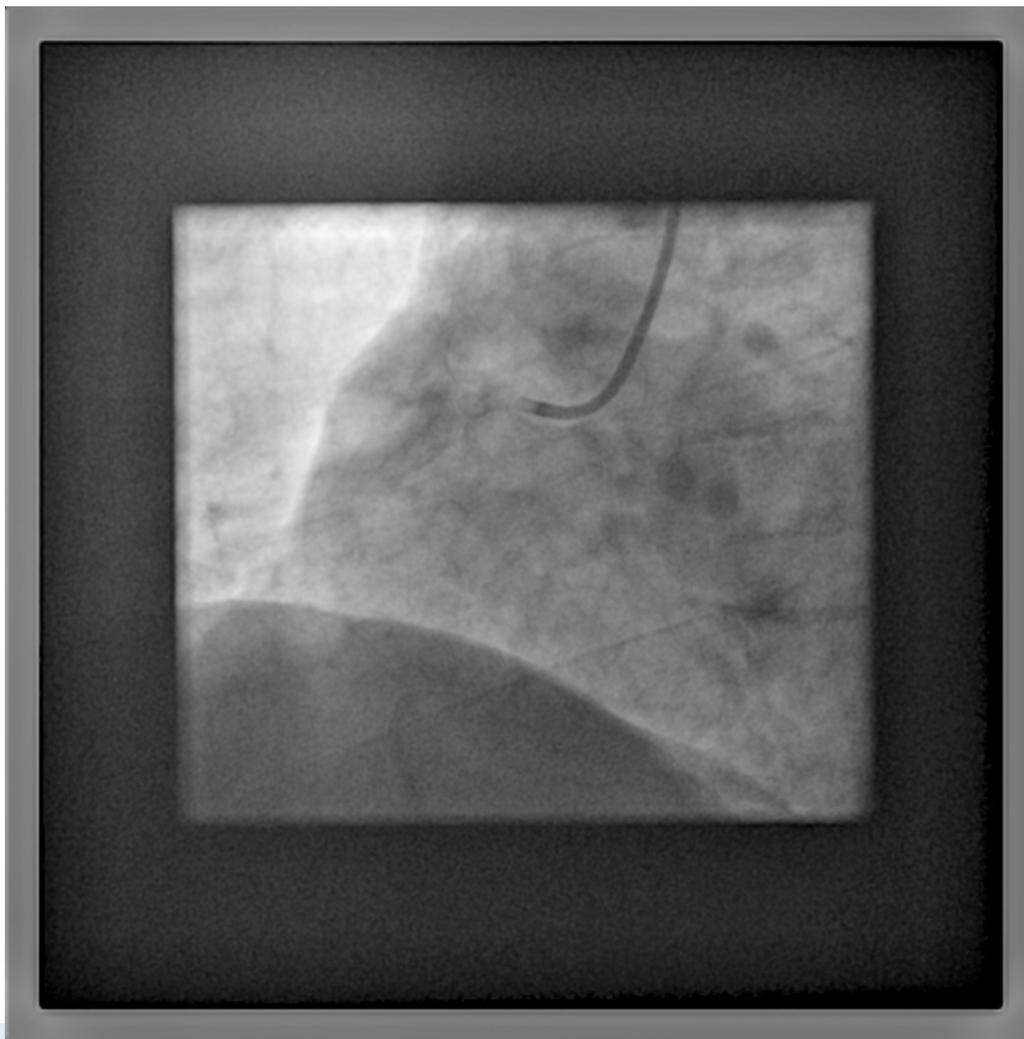


PROCEDURE

Predilatation ballon NC 3.0/15 à 20 bars

Stent ABSORB GT1 3.5/18

Postdilatation ballon NC 4.0/12 à 16 bars

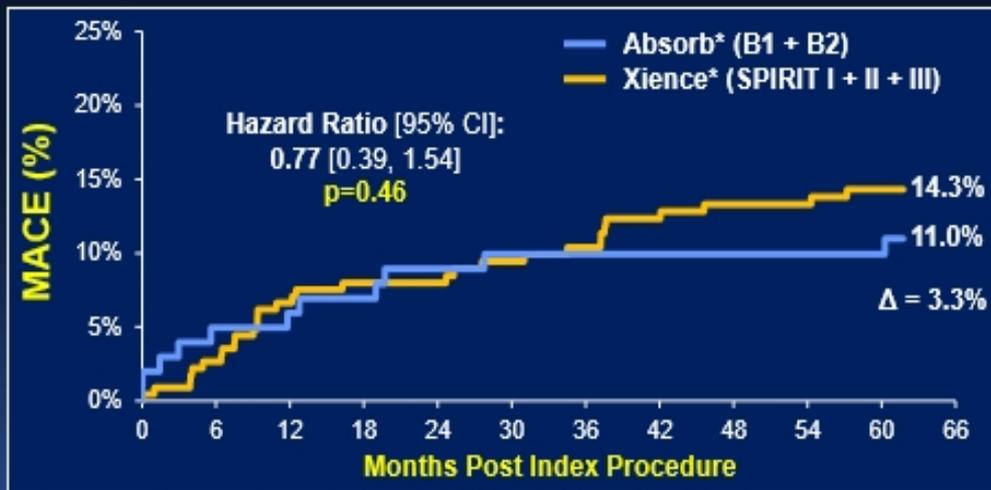


BIORESORBABLE VASCULAR SCAFFOLDS : MY PRACTICE

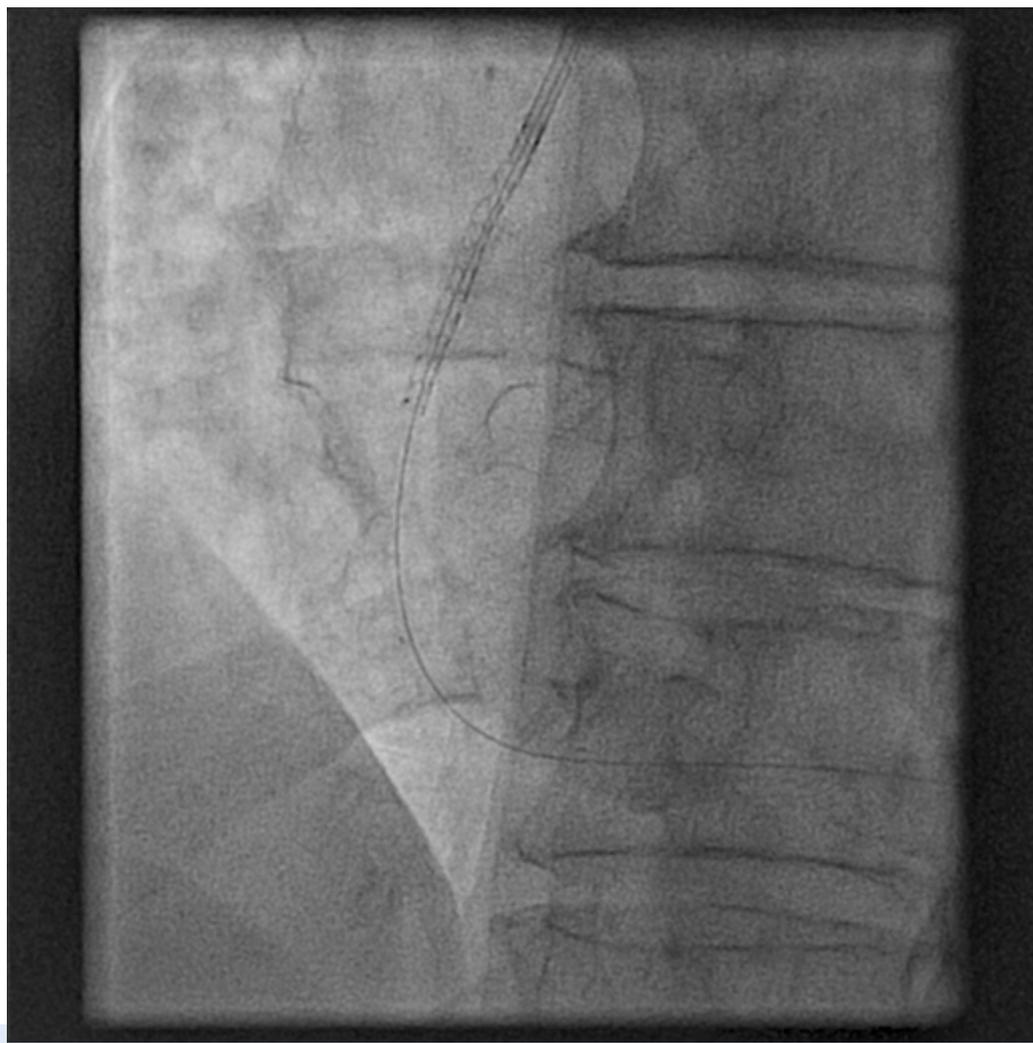
MID TERM FOLLOW UP – First 100 patients

- 18 months (15-34))
- Major Adverse Cardiac Events (MACE)
 - Definite stent thrombosis : 0
 - Cardiac death : 0
 - Restenosis : 2 (2 DES)
 - Other vessel angioplasty : 1 (12 months)
 - Haemorrhages : 2 (1%) requiring transfusion or DAPT cessation
- Non Cardiac Events
 - Death : 1 (Brain trauma at 8 months)

Absorb Beyond 2 Years: Cohort B. vs Xience 5-Year FU (3.0 x 18 mm)



Days:	0	37	194	284	393	573	758	1123	1488	1853
Absorb:	101	99	96	96	94	92	91	88	86	85
Xience:	227	224	219	211	204	202	191	182	174	169



PALAIS
& CONGRES
BIARRITZ
8/9/10
JUN 2016
www.appac.fr

APPAC
ACTUALISATIONS
ET PERSPECTIVES
EN PATHOLOGIE
CARDIOVASCULAIRE